

COMUNICACION RESPONSABLE:

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE TEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS MEDIOS



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

**Comunicación Responsable:
Recomendaciones para el tratamiento de
temas de salud mental en los medios**

2016

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Jorge Lemus

Secretario de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria

Dr. Néstor Pérez Baliño

Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos

Dra. Marina Kosacoff

Director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Sebastián Laspiur

Coordinación Área de Servicios de Salud

Dra. Luciana Valenti

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Dr. André Blake

INDICE

Introducción. “Un puente a la inclusión social”.	P 6
I. Salud Mental y Adicciones. Una perspectiva integral, inclusiva y comunitaria en los medios.	P 9
• Desarmando prejuicios: deconstruir para construir.	P 10
• Comunicación responsable: recomendaciones básicas.	P 12
• Claves para buenas prácticas de comunicación en salud mental.	P 14
• El rol de la ficción.	P 15
• Haciendo agenda: 10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental.	P 16
II. Suicidio: ¿Cómo hablar en los medios?	P 18
• Desarmando prejuicios: deconstruir para construir.	P 19
• Comunicación responsable: recomendaciones básicas.	P 20
• Claves para buenas prácticas de comunicación en el tratamiento de suicidio.	P 22
• Adolescentes: una mención especial.	P 24
• Haciendo agenda: 10 de septiembre, Día Nacional y Mundial para la Prevención del Suicidio.	P 26
III. Alcohol. El rol de los medios de comunicación en la prevención y desnaturalización del consumo.	P 27
• Desarmando prejuicios: deconstruir para construir.	P 28
• Comunicación responsable: recomendaciones básicas.	P 30
• Claves para buenas prácticas de comunicación en el tratamiento de consumo de alcohol.	P 32
• Adolescentes: una mención especial.	P 34
• Haciendo agenda: 21 de septiembre, 31 de diciembre y festividades locales.	P 35
Contacto.	P 36
Bibliografía y fuentes consultadas.	P 37

INTRODUCCION:

“UN PUENTE A LA INCLUSION SOCIAL”

La Argentina cuenta, desde diciembre de 2010, con una herramienta fundamental en materia de Salud y Derechos Humanos: la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657².

Fruto de un largo trabajo de Legisladores de distintos bloques políticos junto a organizaciones sociales, de Derechos Humanos, de usuarios y familiares y de profesionales de la salud, recibió un fuerte impulso por el Gobierno Nacional para que se transforme en realidad y se traduzca, en el presente, en políticas concretas.

La Ley fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), como la más avanzada de la región y ejemplo a seguir en todo el mundo en materia de salud mental. La misma brinda un marco para que las políticas en la materia, en todo el territorio de la Nación, se desarrollen cumpliendo todos los compromisos que el país ha suscripto en materia de Derechos Humanos y para el cumplimiento de los estándares internacionalmente establecidos.

Dicha norma, de cumplimiento obligatorio en todo el país, asegura el derecho de todos los que habitan el suelo argentino a la protección de su salud mental, y establece puntualmente los derechos que le asisten a aquellas personas con padecimientos mentales en relación al sistema de salud, tanto en el sector público como en el privado.

Además, incluye de manera explícita, la problemática de las adicciones, históricamente relegada incluso más allá de los límites del sector de la salud, ya que ha sido concebida desde la óptica de la prevención del delito y ha estado abordada principalmente por las fuerzas de seguridad en un contexto altamente judicializado.

² La ley se fundamenta en los diversos documentos internacionales, estrechamente vinculados al cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas, tales como la Declaración de Caracas (1990) y los Principios de Brasilia (2005) que afianzaron el paradigma de atención en la comunidad para superar las deficiencias de la centrada en el hospital psiquiátrico y el respeto de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental; la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por la Argentina en el año 2008) que dio impulso a este nuevo enfoque al establecer que los Estados deben garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos en igualdad de condiciones y el Consenso de Panamá (2010) que reafirmó la necesidad de fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de América Latina y asegurar la erradicación de los manicomios en la próxima década.

A través de sus 46 artículos se garantizan, entre otros, los derechos de las personas con padecimiento mental a vivir en la comunidad; a la inclusión social, a la atención sanitaria adecuada; a mantener los vínculos familiares y afectivos; a la no-discriminación; a la intimidad; al consentimiento informado de las medidas de tratamiento que le serán suministradas; a la información sobre su estado de salud y a la autonomía personal.

En la actualidad se hace evidente la coexistencia de los dos paradigmas en salud mental: a) El asilar, centrado en la visión de las personas con padecimiento mental como objetos pasivos de tratamiento y del hospital psiquiátrico como su espacio de atención; b) El sustitutivo, centrado en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y de la organización del proceso de atención a través de la Red de Servicios basado en la comunidad.

Para contribuir a superar y dejar definitivamente atrás el viejo paradigma y los consecuentes estereotipos que durante largo tiempo han estigmatizado a estas personas, es fundamental el rol de los medios de comunicación, en tanto no se puede soslayar el poder que ejercen en relación a la percepción de la realidad de toda la sociedad, la imagen que transmiten acerca de la salud mental en general y de las personas afectadas por padecimientos mentales en particular.

Si bien en los últimos años se perciben algunos avances en el tratamiento mediático en torno a esta temática, a nivel general se sigue transmitiendo -de diferentes maneras- una imagen errónea y negativa del padecimiento mental, que afianza estereotipos, prejuicios y falsas creencias, y perjudica de manera directa los derechos e inclusión social de las personas con problemas de salud mental y del entorno más próximo (familiares, amigos, grupos de pares).

Esta guía, dirigida a quienes desarrollan funciones en los medios de comunicación, es una herramienta de trabajo para orientar y proporcionar recursos a la hora de comunicar sobre salud mental y su colectivo, desde una mirada integral, promoviendo un tratamiento mediático con información adecuada, libre de estigmas y sin discriminación. El material incluye los principales contenidos de la Ley 26.657, mitos y falsas ideas acerca de las personas con padecimientos mentales, sugerencias sobre el uso correcto del lenguaje, fuentes fiables de información a las cuales recurrir y recomendaciones para el adecuado abordaje de esta problemática.

“ Si bien en los últimos años se perciben algunos avances en el tratamiento mediático de la salud mental, se sigue transmitiendo a nivel general una imagen errónea y negativa del padecimiento mental, que afianza estereotipos, prejuicios y falsas creencias ”

Además, contiene información específica para el tratamiento de temas vinculados al consumo excesivo de alcohol y conductas suicidas, dado que la cobertura mediática de ambas problemáticas de salud mental suele reforzar visiones estereotipadas que estigmatizan a las personas afectadas y atentan, en consecuencia, contra el goce de sus derechos ciudadanos.

“ Esta Guía es una herramienta de trabajo para orientar y proporcionar recursos a la hora de comunicar sobre salud mental y su colectivo, desde una mirada integral, promoviendo un tratamiento mediático con información adecuada y actualizada, libre de estigmas y sin discriminación ”



I. SALUD MENTAL Y ADICCIONES

UNA PERSPECTIVA INTEGRAL, INCLUSIVA Y COMUNITARIA EN LOS MEDIOS.

La Ley N° 26.657 define en su artículo 3ro. a la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. (...)”.

Y en el artículo 4to. en relación a la problemática de las adicciones, establece que “deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

Si bien históricamente tanto desde el modelo médico hegemónico, como desde la cultura popular, el tema de la Salud Mental se pensó y se abordó desde la enfermedad y no desde la salud, hoy es fundamental cambiar esta perspectiva ya que todos tenemos la posibilidad de decidir sobre cualquier aspecto de nuestra vida si contamos con los apoyos necesarios para potenciar lo mejor de cada uno. También es imprescindible revisar y dejar atrás la mirada que se difundió sobre la persona cuya salud mental se encuentra comprometida como la de un “loco peligroso” al que es necesario encerrar, y asimismo comprender la problemática de las adicciones como parte integrante de la Salud. En la actualidad, según el Informe Mundial de la Salud del año 2001 de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “A la luz de los avances científicos y técnicos, de las reformas sociales, y de las nuevas legislaciones en el mundo, no hay motivo ético o científico que justifique la exclusión de la persona con padecimiento mental”. Sin embargo ¿Por qué continúa reproduciéndose un sistema de prejuicios y falsas creencias en torno a la salud mental?



Desarmando prejuicios: Deconstruir para construir

Una de las principales consecuencias del viejo modelo de atención –que caracterizamos como centrado en el hospital psiquiátrico- fue la estigmatización de las personas con padecimientos mentales, expresada a través de una serie de mitos o creencias erróneas que dificultan la integración social y el goce de la capacidad de decisión sobre su propia vida. Muchos de esos mitos -que transcribimos a continuación- se mantienen en la actualidad. Se hace esencial entonces revisarlos para evitar reproducirlos y contribuir al efectivo cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas que padecen estas problemáticas.

Prejuicio 1. La salud mental es una cosa de locos...

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 4 personas que vive en las grandes ciudades necesita o necesitará apoyo psicológico durante su vida. La salud mental no es cosa de locos, es cosa de todos.

Prejuicio 2. Las enfermedades mentales son un problema poco frecuente...

De acuerdo a estudios de la OPS/OMS, los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en nuestra región. El alcohol es en Latinoamérica y el Caribe el principal factor de riesgo para la salud de la población por encima del tabaco. El alcohol y la depresión son los problemas más frecuentes en salud mental.

Prejuicio 3. Las personas cuya salud mental se encuentra comprometida no están en condiciones de decidir sobre su vida...

Todas las personas tenemos el derecho a ser escuchadas y a tomar decisiones sobre nuestra salud y nuestra vida, salvo en situaciones excepcionales y temporarias, de acuerdo a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscripta por la Argentina en las Naciones Unidas en 2007 y ratificada por el Congreso Nacional en 2008.

Prejuicio 4. La enfermedad mental es irreversible...

Los llamados padecimientos mentales pueden afectar parcial y transitoriamente la vida de una persona. Con los apoyos comunitarios necesarios la recuperación es posible.

Prejuicio 5. Las personas con enfermedad mental deben ser aisladas...

Todas las personas tienen derecho a recibir la atención de salud que necesitan, con el acompañamiento de sus afectos, en su comunidad, según la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad – Naciones Unidas 2007. Ni el hospital psiquiátrico, ni la reclusión son la respuesta apropiada.

Prejuicio 6. Una persona con enfermedad mental es sólo y exclusivamente un/a enfermo/a mental y todos los sentimientos y conductas derivan de esa condición.

Las personas con o sin enfermedad mental tienen múltiples facetas. La condición de enfermedad mental no engloba todas las aspiraciones, deseos y proyectos de quien la padece. Incluso tener diagnósticos idénticos no implica que todas las evoluciones, dificultades o potencialidades sean iguales. No hay enfermedad, hay enfermos.

Prejuicio 7. Las personas con padecimiento mental son peligrosas.

Las personas con enfermedad mental, en su conjunto, no son más peligrosas que el resto de las personas. Son más víctimas que perpetradoras de actos agresivos.

Prejuicio 8. El cierre de los neuropsiquiátricos deja abandonados a los pacientes...

El proceso de atención debe realizarse fuera del ámbito de internación hospitalario, desde un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. La red de servicios comunitarios para la atención de personas cuya salud mental se encuentra comprometida, favorece una recuperación más profunda y humanizada, contribuyendo a la inclusión familiar, laboral, cultural, en su comunidad.

Prejuicio. El cierre de los neuropsiquiátricos deja a los trabajadores en la calle...

Para desarrollar una red de servicios de salud mental basados en la comunidad, son necesarios más trabajadores de salud y de otras áreas del campo social. Experiencias de diversos países muestran que tanto los dispositivos materiales (centros comunitarios, casas de medio camino, camas en hospitales generales) como el recurso humano que trabaja en ellos, se incrementa significativamente (entre 5 y 10 veces más), según datos de la OPS/OMS.



Comunicación responsable: Recomendaciones básicas

Para lograr el cumplimiento efectivo del derecho a la salud mental, es necesario –entre muchas otras cuestiones– promover el uso correcto del lenguaje con denominaciones acordes al modelo comunitario y de inclusión social, evitando así la perpetuación de estigmas y discriminación a través de las palabras.

¿Cómo referirse a los usuarios de los servicios de salud mental?

Las personas, más allá de la circunstancia que estén atravesando, son ante todo personas. En muchos casos, la circunstancia del padecimiento mental no es relevante para la información que se está difundiendo, entonces no hay ni por qué citarla. Si hay que hacerlo, debe evitarse etiquetar a los individuos sustantivando su condición: ‘un esquizofrénico’, ‘un depresivo’, ‘un loco’; ‘un drogadicto’, ‘un borracho’, optando entre las siguientes denominaciones:

- ✓ “personas con padecimiento mental” (denominación que utiliza la Ley N° 26.657).
- ✓ “personas con discapacidad psicosocial”; “personas en situación de discapacidad psicosocial”, “personas usuarias de los servicios de salud mental” (contemplando los estándares internacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad y la actual discusión de este grupo en torno a cómo autodenominarse).

Tratamiento mediático: Para tener en cuenta

INFORMACION. Difundir conocimientos actuales sobre los padecimientos mentales, los tratamientos y pronósticos. Referirse a los dispositivos de salud mental y apoyo social por su nombre, en lugar de utilizar términos propios del viejo paradigma de atención tales como «reclusión, encierro, internamiento en centro psiquiátrico, manicomio».

IMAGENES. Difundir imágenes positivas de personas con padecimiento mental en contextos normales de vida, en el trabajo, viviendo en la comunidad, etc.; en lugar de las frecuentes fotos de personas con la mirada perdida, tendidos en el suelo tapándose la cara o en largos pasillos oscuros con luz al final.

PROTAGONISTAS. Facilitar que sean las propias personas con padecimiento mental las que participen en los reportajes. Una idea errónea y estereotipada es que «no opinan, no tienen capacidad de decisión». En muy pocas ocasiones la información proviene directamente de personas con enfermedad mental y ocasionalmente puede venir de asociaciones de familiares. Además, la proximidad y conocimiento directo entre las per-

sonas ayuda a desmontar estereotipos y prejuicios falsos y negativos, ya que nos hace ver más a la persona y menos a la etiqueta.

PREJUICIOS. No asociar violencia con salud mental. Es bastante frecuente encontrar noticias relacionadas con eventos violentos en que se cita que el acusado (o presunto autor) padece una enfermedad mental. Generalmente son noticias que omiten cierta información y, por lo tanto, se produce un sesgo en el relato que conduce a mantener los prejuicios. Este tipo de noticias hace que se perpetúen ideas sobre las personas con un trastorno mental vinculadas directamente a la violencia, a la agresividad y a la peligrosidad, y que actúan de forma irracional, lo cual está comprobado es falso.

“ Desde la comunicación uno de los principales desafíos es intentar no reproducir estereotipos de manera consciente o inconsciente en la presentación de la información ”

PALABRAS APROPIADAS. Evitar el uso inapropiado de términos del campo de la salud mental en otros contextos. Es frecuente encontrar noticias que no hacen referencia directa a la salud mental, especialmente en artículos de opinión o de deportes y cultura, en los que se utiliza terminología del campo médico para describir situaciones, personas o cosas que no tienen nada que ver. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, se usa a menudo para adjetivar una situación caótica, irracional, extravagante, etc.

Padecimiento mental no es sinónimo de incapacidad. Si bien históricamente se identificó a la persona con padecimiento mental con la imposibilidad de asumir la toma de decisiones, es importante saber que toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida y con el sistema de apoyo necesario puede lograrlo. Las personas con padecimiento mental tienen múltiples facetas, igual que cualquier otro individuo (sentimientos, problemas, aspiraciones, fortalezas, debilidades, vocación, oficio, familias, vida social, sexual, creativa, etc.). Presentarlas solamente a través de una dimensión de sus vidas es desconocer su integralidad en tanto ser humano.



Claves para buenas prácticas de comunicación en salud mental

A LA HORA DE DECIR...	
Los “Sí”	Los “No”
SÍ / Referirse a una persona diagnosticada con un padecimiento mental como: persona con padecimiento mental / con problemas de salud mental / con problema de abuso de alcohol o de drogas.	NO / Utilizar términos ofensivos que perpetúan la ignorancia y refuerzan el estigma como: enfermo mental, trastornado, psicópata, loco, drogadicto, borracho.
SÍ / Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico como: persona con diagnóstico de esquizofrenia, depresión, etc..	NO / Utilizar términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición como: esquizofrénico, depresivo, maniaco, psicótico.
SÍ / Referirse en general a la salud mental como: salud mental, problemas de salud mental.	NO / Utilizar términos que enfatizan la parte negativa y condiciones severas como: enfermedades mentales / psiquiátricas.
SÍ / Mencionar los problemas de salud mental en el titular de una noticia solamente cuando es imprescindible para entenderla correctamente.	NO / Recurrir a titulares alarmantes o morbosos que incluyen el tema de salud mental de manera gratuita para captar la atención del público.
SÍ / Mencionar los problemas de salud mental en el cuerpo de la noticia solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho.	NO / Mencionar los problemas de salud mental si éstos no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso.
SÍ / Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.	NO / Utilizar imágenes que transmitan aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo. Tampoco imágenes de otro tipo de discapacidades.
SÍ / Fuera del contexto de salud (tratando otros temas), describir situaciones, cosas o personas con adjetivos como: caótico, irracional, triste, etc.	NO / Usar términos del ámbito médico como adjetivos en otros contextos: esquizofrénico, paranoico, depresivo, etc.



El rol de la ficción

Numerosos estudios demostraron que la televisión y el cine son muy útiles a la hora de difundir mensajes vinculados a la salud en la población en general. El público presta especial atención a la información que aparece a través de los personajes, ya sea porque logran identificarse, sentir empatía o rechazo. Por ello, los programas de ficción, especialmente las novelas, tienen un rol clave a la hora de brindar información a través de la voz y cuerpo de los actores para desarmar los estereotipos en relación a las personas con padecimiento mental y problemáticas de adicciones.

“ La discriminación genera una mirada negativa sobre las personas con padecimiento mental, brindar información adecuada es fundamental para que se modifiquen las actitudes estigmatizantes que obstaculizan la inclusión social ”

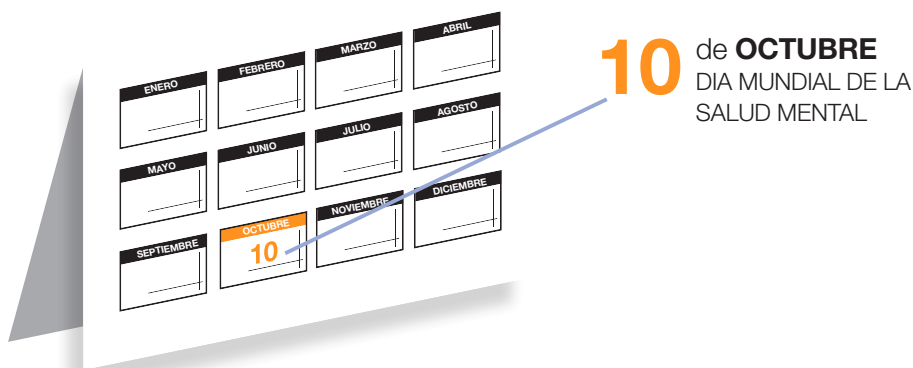
En este sentido, sería muy útil que autores y guionistas al momento de armar una trama pudieran pensar el tema de la salud mental revisando y dejando atrás la tradicional escena del malo de la tira que termina sus días como un loco peligroso encerrado en un manicomio alejado de todo y pagando sus culpas. O también, las intrigas familiares que hacen que el malo de la novela complete contra una víctima haciéndola pasar por loca y sobornando a los médicos para que la encierren y sobre mediquen. Las pautas y recomendaciones mencionadas en las páginas anteriores pueden adaptarse para ser tenidas en cuenta a la hora de escribir una ficción y armar el reparto de personajes y su contenido a comunicar desde un enfoque inclusivo, humanizado, respetuoso de los Derechos Humanos y que parte de la presunción de capacidad de todas las personas. Y sobre todo que las pueda mostrar en todas sus facetas y dimensiones sin anularlas detrás de una etiqueta. A modo de ejemplo cabe señalar el unitario “Locas de amor”³ como muestra de una ficción que supo decir otra cosa en salud mental sin dejar de tener éxito, porque cuando otra realidad es posible, otra ficción también lo debería ser.

³ “Locas de amor” fue una serie de televisión argentina que fue originalmente transmitida de abril a diciembre de 2004. Protagonizada por Leticia Brédice, Julieta Díaz, Soledad Villamil y Diego Peretti. Contaba la experiencia de tres mujeres que salen de un neuropsiquiátrico para vivir en un departamento, como primer paso a la integración en la sociedad.



HACIENDO AGENDA

Cada 10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental con el propósito de sensibilizar a la comunidad sobre la temática. Esa fecha puede ser utilizada por los medios de comunicación para instalar el tema en la agenda pública.



TODOS PODEMOS AYUDAR:

- ⦿ No teniendo miedo a la persona con padecimiento mental.
- ⦿ Acompañando a la persona y su familia.
- ⦿ Teniendo claro que los padecimientos mentales y las adicciones son problemáticas de la salud, no de la justicia.
- ⦿ Llamando a cada persona por su nombre, no por la enfermedad.
- ⦿ Reconociendo que cualquiera de nosotros, en algún momento de la vida, puede atravesar un padecimiento mental.
- ⦿ Escuchando y respetando las diversas formas de expresar los sentimientos.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 – Art. 3: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 – Art. 4: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

II. SUICIDIO

¿COMO HABLAR EN LOS MEDIOS?

Por su magnitud e impacto el suicidio constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. Al estar atravesado por la voluntad de la persona, y transgredir la integridad de la propia vida, los hechos de suicidio constituyen un fenómeno sumamente complejo, que tienen un aspecto privado y otro social. El aspecto privado alude al derecho a la intimidad y el respeto a la situación que vive el grupo familiar y de referencia. El aspecto social involucra a todas las instituciones de la comunidad, que deben acceder a información confiable para fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud, en especial para las poblaciones más afectadas y sensibles, como los adolescentes y los adultos mayores. Cuando se habla de suicidio, una reflexión clave es entenderlo en toda su complejidad. Y, además, tener en cuenta que el suicidio nunca es una elección, sino que debemos pensarlo como el producto de una restricción en las aspiraciones vitales de las personas.

Una de las primeras asociaciones conocidas entre el suicidio y los medios de comunicación surgió de la novela de Goethe “Leiden des jungen Werther” (Las Penas del Joven Werther) publicada en 1774. En esta obra, el héroe se dispara luego de un amor infortunado, y poco después de su publicación, se informó acerca de muchos varones jóvenes que usaron el mismo método para cometer suicidio. Otros estudios del rol de los medios en el suicidio incluyen una revisión que se remonta al siglo pasado en los Estados Unidos. Otro caso famoso se relaciona con el libro “Final Exit” (Salida Final) escrito por Derek Humphry: después de su publicación, hubo un aumento en los suicidios en Nueva York, usando los métodos descritos. La publicación de “Suicide, mode d’emploi” (Suicidio, modo de empleo) también condujo a un aumento en el número de suicidios. De acuerdo con Philips y su equipo, el grado de publicidad dado a la historia de un suicidio está directamente correlacionado con el número de suicidios posteriores. Además, los casos de suicidio involucrando celebridades tuvieron un impacto particularmente fuerte.

Existe evidencia suficiente para sugerir que algunas formas de cobertura periodística y televisiva de los suicidios están asociadas con un aumento de estas conductas estadísticamente significativo. Si bien con frecuencia este tema es de interés periodístico y los medios de comunicación tienen derecho a informar al respecto, es importante tener en cuenta que la reproducción del hecho genera un impacto sensible.

No obstante, los suicidios que con mayor frecuencia atraen la atención de los medios son

aquellos que se apartan de los patrones usuales. De hecho, es notorio que los casos presentados en la prensa sean mayormente atípicos y fuera de lo común, por lo cual representarlos como típicos, perpetúa aún más la información errónea sobre el suicidio.

Como se indicó más arriba, diversos estudios realizados en el mundo -que fueron recopilados por el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000- demostraron que en la prensa escrita, las historias altamente publicitadas parecen tener el mayor impacto en la población vulnerable. También la cobertura televisiva y la divulgación en internet influyen en el comportamiento suicida.

“ La manera como los medios de comunicación informan acerca de casos de suicidio puede influir negativamente en otras conductas suicidas ”

Desarmando prejuicios: Deconstruir para construir

En relación al suicidio existen una serie de prejuicios instalados en la comunidad sobre los cuales es necesario trabajar y brindar información adecuada. Por ejemplo, se cree que la persona que se suicida desea morir. En verdad, lo que ocurre es que la persona que tiene ideas suicidas está transitando una situación de ambivalencia en su vida, es decir, desearía morir si su vida continúa de la misma manera y desearía vivir si se produjeran cambios significativos en ella. Si se detecta oportunamente, esta ambivalencia se puede inclinar hacia el lado de la vida. Nadie nace con una tendencia hereditaria hacia el suicidio.

Otros prejuicios comunes:

Prejuicio 1. El que dice o amenaza con que se va a matar, no lo hace.

La mayoría de las personas que se suicidan, hicieron saber el propósito de acabar con su vida.

Prejuicio 2. El que se suicida está atravesando una depresión.

Puede ocurrir durante un proceso depresivo o no.

Prejuicio 3. Hablar con una persona sobre sus intenciones de matarse incrementa el peligro.

Hablar sobre suicidio reduce la posibilidad de cometerlo y puede ser una oportunidad para ayudar a quien está padeciendo.

Prejuicio 4. El suicidio no se puede prevenir porque ocurre por impulso.

Toda persona antes de cometer un intento de suicidio evidencia una serie de síntomas que de ser detectados a tiempo pueden ayudar a evitar el suicidio: aislamiento, persistencia de ideas negativas, desesperanza, llanto incontrolado, retraimiento de los sentimientos, inhibición de la agresividad (la cual ya no es dirigida hacia otras personas, reservándola para sí), súbitos cambios de conducta y existencia de fantasías suicidas son algunas de las señales de alarma.

Prejuicio 5. El que intenta el suicidio es un cobarde o un valiente.

Las personas que intentan suicidarse no son cobardes ni valientes, sino personas que sufren. El suicidio no es un hecho delictivo.

Prejuicio 6. Los niños no se suicidan.

Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio.

Prejuicio 7. La tendencia al suicidio es hereditaria.

No es hereditaria. Lo que sí puede transmitirse por medio de la educación es la visión sobre el suicidio como una forma de solución a los problemas.



Comunicación responsable: Recomendaciones básicas

Tomando como punto de partida la premisa de que ciertos tipos de cobertura informativa sobre las conductas suicidas pueden, por un lado, generar un aumento de las mismas (efecto imitativo), pero por otro, colaborar en la prevención del comportamiento suicida, se sugieren algunos lineamientos para el tratamiento de temas de suicidio en los medios.

Tratamiento mediático: Para tener en cuenta

1. Al informar sobre el suicidio en general:

- ⊙ Interpretar las estadísticas cuidadosa y correctamente.
- ⊙ Recurrir y utilizar fuentes de información que sean auténticas y confiables.
- ⊙ No realizar comentarios espontáneos –muchas veces inconcientes- que refuerzan los prejuicios y estigmas sobre el tema.
- ⊙ Evitar las generalizaciones basadas en cifras pequeñas ya que requieren particular atención. Del mismo modo que es recomendable no utilizar expresiones tales como “epidemia de suicidios” y “el lugar con mayor tasa de suicidios en el mundo”.
- ⊙ No informar el comportamiento suicida como una respuesta entendible a los problemas o cambios sociales.

2. Al informar sobre un suicidio en particular:

- ⊙ No realizar descripciones detalladas del método de suicidio utilizado ni ilustrar con imágenes reales o ficcionadas.
- ⊙ No resumir la causa de suicidio a un solo factor: “Se suicidó porque estaba en bancarrota” o “Se suicidó por una pena de amor”. Las causas de suicidio son complejas y resultan de diversos factores.
- ⊙ En cuanto a la comunicación del suicidio de una celebridad (artística, política, deportiva, etc.) deberá evitarse la cobertura sensacionalista, minimizándola hasta donde sea posible y evitando exageraciones.
- ⊙ Es importante que el tratamiento periodístico tenga siempre en cuenta el impacto sobre las familias y otros sobrevivientes en términos del estigma y el sufrimiento.



Claves para buenas prácticas de comunicación en el tratamiento de suicidio.

A LA HORA DE DECIR...	
Los “Sí”	Los “No”
SÍ / Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos y la interpretación de los datos estadísticos mencionando el origen de los mismos.	NO / Realizar comentarios espontáneos que refuerzan el estigma, generan situaciones de alarma y no colaboran con el adecuado tratamiento mediático.
SÍ / Referirse al suicidio como un hecho acontecido o que una persona realizó.	NO / Referirse al suicidio como un hecho exitoso que fue la solución para salir de un problema.
SÍ / Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores de los soportes gráficos o digitales.	NO / Publicar la información en la tapa de un soporte gráfico o el home de un sitio web. No publicar fotografías o cartas suicidas.
SÍ / En medios audiovisuales utilizar zócalos, gráficos o leyendas con datos informativos.	NO / Describir detalles específicos del método utilizado, ni imágenes que ilustren los mismos. NO / Realizar en los medios audiovisuales una cobertura repetitiva y continua del hecho. Evitar el uso de planos cerrados y movimientos de cámara que destaque las acciones suicidas. Evitar el uso de recursos sonoros que generen un marco de dramatismo. NO / Realizar dramatizaciones o imágenes ficcionales de un hecho suicida para ilustrar una información al respecto.
SÍ / Resaltar las alternativas al suicidio y difundir señales de riesgo para tener en cuenta.	NO / Interpretar el hecho suicida como una conducta frente a los problemas o cambios sociales sin analizarlo con la complejidad que conlleva.
SÍ / Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.	NO / Aportar culpas ni culpables.

LO QUE NO PUEDE FALTAR

Se recomienda que los medios de comunicación ofrezcan la siguiente información junto a cualquier noticia sobre el suicidio:

- ⦿ Lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponibles.
- ⦿ Señales de advertencia del comportamiento suicida.
- ⦿ Medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a una persona con riesgo de suicidio:
 - Preguntar siempre a la persona en situación de riesgo suicida si ha pensado en el suicidio.
 - Si la respuesta es afirmativa, evitar el acceso a cualquier método que pueda dañarlo.
 - Nunca dejarlo a solas mientras persistan las ideas suicidas.
 - Avisar a otras personas significativas para el sujeto que contribuyan a evitar la ocurrencia de un acto suicida.
 - Acercarlo a las fuentes de salud para recibir atención necesaria.

CONDUCTAS SUICIDAS: GRUPOS DE RIESGO

- Las personas que están atravesando un proceso depresivo o una situación de crisis.
- Las personas que poseen ideas suicidas, que amenazan con realizarlo o que ya cometieron un intento suicida.
- Las personas que son familiares, amigos o allegados de una persona que se suicidó.



Adolescentes: Una mención especial

Con la participación de profesionales debidamente calificados, decisión política y el compromiso de la comunidad, el suicidio se puede prevenir. Por ello, es importante difundir en la comunidad, a través de los distintos medios de comunicación, los factores protectores en relación a la calidad de vida de los adolescentes, en tanto población vulnerable frente a la temática del suicidio. Algunos de estos factores protectores pueden resumirse en:

- ⊙ Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva.
- ⊙ Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser tratado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlo ni crearle sentimientos de inseguridad.
- ⊙ Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
- ⊙ Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- ⊙ Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- ⊙ Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- ⊙ Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- ⊙ Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, los referentes de la comunidad.
- ⊙ Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- ⊙ Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- ⊙ Tener apoyo de los familiares y referentes y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- ⊙ Evitar el consumo de sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.).

- ☉ Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.
- ☉ A estos factores habría que añadir la capacidad para utilizar fuentes que brindan servicios de salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc..

“ Con la participación de profesionales debidamente calificados, decisión política y el compromiso de la comunidad, el suicidio se puede prevenir ”

“Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes”

El Ministerio de Salud de la Nación elaboró “Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes”, una guía de recomendaciones destinada a los equipos de salud de todas las jurisdicciones del país que constituye una herramienta tendiente a mejorar las condiciones de cuidado de los adolescentes en situación de vulnerabilidad y brindar instrumentos de práctica clínica en un marco de atención integral.

El material -que ha sido elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, a través del Programa de Patologías Mentales Severas y Prevalentes, y el Programa de Salud Integral en la Adolescencia de la cartera sanitaria nacional, junto al Plan Nacer; con el aporte de un comité de expertos conformado por profesionales de diferentes instituciones hospitalarias- resume la propuesta de abordaje específico para el momento de la urgencia

LINEAMIENTOS PARA LA ATENCION DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

AÑO 2012



y el seguimiento posterior. En el documento se remarca la importancia de realizar una atención en red, priorizando un abordaje comunitario y un seguimiento territorial, promoviendo la accesibilidad al sistema.

El documento está disponible en la página web del Ministerio de Salud de la Nación y puede ser descargado del siguiente link:

http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf

HACIENDO AGENDA

Cada 10 de septiembre se celebra el Día Nacional y Mundial para la Prevención del Suicidio. Esta fecha fue establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cuenta con el patrocinio de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. En la Argentina en el año 2010 la Cámara de Diputados de la Nación declaró el Día Nacional de Prevención del Suicidio.



10 de **SEPTIEMBRE**
DÍA NACIONAL Y
MUNDIAL PARA LA
PREVENCIÓN DEL
SUICIDIO



III. ALCOHOL

EL ROL DE LOS MEDIOS EN LA PREVENCIÓN Y LA DESNATURALIZACIÓN DEL CONSUMO

El consumo nocivo de alcohol es una problemática vinculada a las adicciones, por lo tanto, un problema de salud mental. La República Argentina cuenta con una legislación muy clara al respecto, la Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo N° 24.788 y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, ambas en plena vigencia en todo el territorio con una perspectiva de abordaje integral que prioriza la atención de la persona en tanto sujeto de derecho.

Según datos de la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPreCoSP 2011 INDEC) y la Encuesta de Factores de Riesgo (ENFR 2009 - Ministerio de Salud de la Nación), en Argentina hay más de tres millones de personas mayores de 18 años que mensualmente hacen un consumo episódico excesivo⁴ de bebidas alcohólicas. Además, casi un millón de adolescentes de 13 a 17 años sufren consecuencias físicas, psicológicas y sociales por la ingesta de bebidas alcohólicas (Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media 2009 - SEDRONAR).

A lo anterior se agrega que actualmente la edad de inicio de consumo es cada vez más temprana y se observa un aumento paulatino en la ingesta por parte de las mujeres. Además, se registra en ambos sexos un mayor consumo los fines de semana en un período corto de tiempo, lo cual produce efectos diferentes al tradicional perfil mediterráneo, asociado al beber en el momento de la comida.

El consumo nocivo de alcohol es un importante problema de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional. Sus riesgos son muchos y afectan la vida de la persona que bebe y de quienes lo rodean. Por ello, es necesario que las personas conozcan estos riesgos, las formas de

“ El consumo nocivo de alcohol es una problemática vinculada a las adicciones, por lo tanto, un problema de salud mental ”

⁴ Se define el consumo episódico excesivo de alcohol como la ingesta de gran cantidad de alcohol (más de 5 unidades estándar de bebida alcohólica correspondientes a 60 gramos / centímetros cúbicos de alcohol puro) en una sola ocasión o en un período corto de tiempo (horas). Esta práctica se registra con mayor frecuencia durante los fines de semana, en escenarios nocturnos, por fuera del marco de la alimentación, siendo su motivación principal la búsqueda del estado de embriaguez. Este tipo de consumo produce significativas alteraciones comportamentales y del estado de conciencia, ocasionando daños en el individuo que ingiere la sustancia además de efectos socio sanitarios negativos.

prevenir los problemas asociados al consumo nocivo de alcohol y cómo desarrollar una actitud de consumo responsable a partir de los 18 años. En esta tarea los medios de comunicación son imprescindibles para difundir e informar acerca de las consecuencias de la ingesta de alcohol y trabajar en pos de la prevención.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE CONSUMO RESPONSABLE DE ALCOHOL?

La promoción de hábitos de vida saludables supone, entre otros, un Consumo Responsable de Alcohol, sólo a partir de los 18 años, que implica reforzar el compromiso que debe tener tanto la persona que toma como la que lo acompaña, impulsando una creciente concientización de los riesgos del consumo de bebidas alcohólicas.



Desarmando prejuicios: Deconstruir para construir

Prejuicio 1. Las bebidas suaves como el vino y la cerveza emborrachan menos.

Los efectos del alcohol son los mismos con todas las bebidas. El impacto en el cuerpo del individuo depende siempre de la graduación alcohólica, de la cantidad que se ingiera y de la velocidad en la ingesta. También dependen del sexo (mujer u hombre), del contexto donde se consume, de las expectativas, del estado de ánimo y de las características psicológicas y corporales de quien lo hace.

Prejuicio 2. Hay gente que sabe beber y no se emborracha, aún después de varias copas.

De ser así, significa que se ha desarrollado lo que se conoce como tolerancia, lo cual es más grave ya que el cuerpo deja de dar avisos sobre los efectos perjudiciales de la ingesta de alcohol en la salud integral de la persona. Sin embargo, estos efectos se siguen produciendo.

Prejuicio 3. Beber sólo los fines de semana no hace daño.

El daño que provoca el alcohol no depende del día en el que se ingiere, sino principalmente del vínculo que se establece con la sustancia, es decir, la manera en la que cada uno incluye al alcohol en sus actividades, por ejemplo, las que realiza los fines de semana. Asimismo, influyen la cantidad que se ingiere, la frecuencia y la velocidad.

Prejuicio 4. Si no tomo mucho, puedo manejar sin riesgos.

Aún en pequeñas cantidades el consumo de alcohol puede producir alteraciones que afectan la capacidad de respuesta de los reflejos y la percepción del tiempo-espacio, lo cual aumenta la posibilidad de lesiones y accidentes.

Prejuicio 5. Todo el alcohol ingerido se elimina a través de la orina y el sudor.

Sólo un porcentaje muy pequeño (10%) se elimina de esta manera. El resto se metaboliza por el hígado y se convierte en azúcar.

Prejuicio 6. Con café cargado o un baño, se baja la borrachera.

Ni el café ni un baño aceleran el proceso de eliminación del alcohol consumido. Este se elimina de la sangre a razón de un (1) vaso de vino por hora, teniendo como referencia el organismo de un hombre de aproximadamente 80 kilos. Recordemos que las mujeres al tener menor contextura física, agua y grasa corporal, tardan más para procesar cada trago o vaso de alcohol.

Prejuicio 7. El alcohol facilita el diálogo.

Las personas pueden sentirse relajadas con algo de alcohol. Sin embargo, en la medida que aumenta la cantidad de alcohol ingerido, disminuyen las posibilidades de comunicación y de vinculación.

Prejuicio 8. La bebida alegre, estimula.

Es posible que la persona se desinhiba, pero NO es un estimulante. Esta idea se basa en la creencia errónea de la relación entre beber alcohol y diversión, culturalmente arraigada.

Prejuicio 9. El alcohol facilita las relaciones sexuales.

Las personas pueden sentirse desinhibidas con algo de alcohol, pero por ser un depresor del Sistema Nervioso Central, su consumo puede inhibir la respuesta sexual. Además, favorece prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual y violencia.



Comunicación responsable: Recomendaciones básicas

Además de publicar noticias relacionadas con la problemática del alcohol, tales como estadísticas, la relación entre alcohol-lesiones / alcohol-violencia y el consumo adolescente, resultaría beneficioso y deseable que los medios informaran siguiendo algunas pautas claras en el tratamiento del tema.

Tratamiento mediático: Para tener en cuenta

INFORMACIÓN. Trabajar con información adecuada marcando la diferencia entre “alcoholismo”, caracterizado por un estado cuyos indicadores son la tolerancia y la dependencia a la sustancia; y el “consumo episódico excesivo de alcohol”, caracterizado por la ingesta de gran cantidad de alcohol en un período corto de tiempo que genera embriaguez o borrachera (ver página 29). Brindar información sobre los lugares a los cuales recurrir en cada localidad, los teléfonos a los que llamar y sobre el derecho a la atención en situaciones de consumo problemático. Se sugiere consultar la Cartilla Nacional de Servicios Asistenciales Públicos Frente al Consumo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas

<http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/alcohol-consumo-responsable>

CONTENIDO E IMÁGENES. Evitar asociar desde el contenido y las imágenes el consumo de alcohol con la diversión y el éxito. Sobre todo en situaciones de nocturnidad. De ser posible no mostrar vasos, ni personas alcoholizadas.

PREJUICIOS. Desarmar y desestigmatizar las construcciones que asocian a los jóvenes de sectores populares con el consumo de alcohol y la violencia.

RESPONSABILIDAD SOCIAL. Aconsejar a padres y adultos responsables a no ser cómplices del consumo excesivo de alcohol de los jóvenes en las “previas”. Por ejemplo, los adultos pueden estar presentes en ese momento aportando comida, hablando con los jóvenes y no dejándolos solos. Además, es fundamental el compromiso de los comerciantes a no vender alcohol a menores de edad. En resumen, informar en función de lograr comprometer a toda la comunidad a trabajar juntos para concientizar sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol tanto para los jóvenes como para los adultos.

VIALIDAD. Promover la figura del conductor responsable y el uso de transporte público, o medios alternativos, si se va a tomar alcohol.

NO AL ESTIGMA. En caso de producirse acontecimientos que estén relacionados con el alcohol, como violencia, accidentes u otros, no estigmatizar al consumidor, tratando de evitar centrarse sólo en la dimensión espectacular del hecho y reflexionar sobre el problema socio sanitario que implica el consumo excesivo.

FECHAS ESPECIALES. En vísperas de festejos incluir recomendaciones respecto al uso responsable de alcohol y alertar sobre el uso nocivo, el cual incluye consumo regular de riesgo, consumo episódico excesivo, intoxicación etílica, dependencia instalada (adicción) al alcohol.





Claves para buenas prácticas de comunicación en el tratamiento de consumo de alcohol

Es importante saber y difundir que las bebidas alcohólicas son sustancias psicoactivas que tienen la propiedad de generar cambios en nuestro organismo tales como modificar el ánimo, la memoria, el pensamiento, las sensaciones y la voluntad. El vínculo que se constituye con una sustancia como el alcohol es subjetivo, por eso una persona no responde de igual manera que otra ante la misma bebida.

Los efectos de las bebidas alcohólicas dependen de las características que le son propias; el grado de alcohol puro que posea la bebida; si la persona ingirió alimento o no; del contexto donde se consume; del género, expectativas, estado de ánimo, características psicológicas y corporales de quien la consume. También dependen de la cantidad, frecuencia y velocidad de la ingesta; y de otros factores tales como enfermedades pre-existentes; la mezcla con otras bebidas alcohólicas y/o otras drogas.

Los “Sí”, los “No” y las Recomendaciones

Promover el **uso responsable de alcohol** si la persona es **mayor de 18 años** de edad y decidió tomar,

SÍ - Comer siempre algo antes y durante la ingesta de alcohol. Nunca tomar con el estómago vacío.

SÍ - Reconocer previamente, frente a cada ocasión, la medida de consumo responsable de alcohol.

SÍ - Tomar agua al mismo tiempo. Es menos nocivo si la última copa es de agua o jugo.

SÍ – Todos tenemos derecho a recibir asistencia integral y personalizada en los Centros de Salud de la comunidad (Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS); Centros Integradores Comunitarios (CIC); Hospitales Generales y otros dispositivos sanitarios).

SÍ – Ser atendido sin discriminación y con el máximo respeto.

SÍ - Que se mantenga la confidencialidad de toda información relacionada con la consulta y estar de acuerdo con el tratamiento (Consentimiento Informado).

SÍ - Recibir información veraz y comprensible sobre la consulta y las alternativas terapéuticas.

Cuando decirle **NO** al consumo de bebidas alcohólicas

NO – Personas menores de 18 años de edad.

NO - Mujeres en búsqueda de embarazo, embarazadas o en período de lactancia.

NO - Personas al cuidado de niños, adultos mayores y personas enfermas.

NO - Personas que por enfermedad o uso de medicamentos, tienen contraindicado el consumo de alcohol.

NO - Trabajadores que utilizan máquinas o herramientas.

NO - Trabajadores en situaciones de riesgo de caídas.

NO - Personas que van a conducir un vehículo.

NO - En ámbitos laborales y/o de estudio.

NO - Mezclar alcohol con viagra. Tampoco mezclar diferentes bebidas alcohólicas entre sí, ni alcohol con otras drogas.

Recomendaciones: Si alguien tomó de más

- Llevarlo a un lugar tranquilo y ventilado.

- Si se descompuso o desmayó, ponerlo de costado para que no se ahogue si vomita.

- Aflojarle la ropa.

- Abrigarlo.

- No dejarlo solo.

- Darle mucha agua.

- No dudar en pedir ayuda y llamar a la ambulancia.

- No permitirle manejar.



Adolescentes: una mención especial.

El mayor desafío que enfrentamos en la actualidad es la naturalización del consumo, su aceptación como algo natural y que en los y las adolescentes el consumo se inicia de manera cada vez más temprana. En relación a la permisividad una problemática a destacar es que muchos padres y adultos a cargo permiten que los adolescentes y jóvenes tomen en sus casas, pensando erróneamente que de esa manera el riesgo es menor.

Adultos e instituciones no podemos ser cómplices de prácticas que lleven a nuestros jóvenes a conductas de riesgo, porque debe quedar claro que todo consumo en menores es de riesgo.

El desafío es acompañar y aconsejar a los adolescentes y jóvenes desde las familias, los barrios, la escuela y los espacios de salud para brindarles toda la información y acompañamiento necesario para que puedan elegir su proyecto de vida y vivirlo de la forma más plena posible, teniendo en claro que frente al consumo de alcohol, la prevención es tarea todos.

En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró “Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes”, una guía de recomendaciones destinada a los equipos de salud de todas las jurisdicciones del país que constituye una herramienta tendiente a brindar a los adolescentes una atención adecuada por consumo episódico excesivo de alcohol (CEEAA), en el marco de la red local de servicios y en cumplimiento de sus derechos de salud.

El material -que fue realizado por la Dirección de Salud Mental y Adicciones, a través del Programa de Prevención y Lucha frente al Consumo Excesivo de Alcohol, y el Programa de Salud Integral de la Adolescencia de la cartera sanitaria nacional, junto al Plan Nacer, con el asesoramiento y la participación de expertos en la materia-, enfatiza la asistencia por CEEA en tanto derecho del paciente y remarca la propuesta de abordaje dentro del marco de las políticas de salud y de la legislación vigente.

El documento está disponible en la página web del Ministerio de Salud de la Nación: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-alcohol.pdf



Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo N° 24.788

ES IMPORTANTE SABER

La República Argentina cuenta con una legislación muy clara en relación a la problemática del consumo excesivo de alcohol, la Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo N° 24.788 que, entre otras cuestiones, establece:

- Las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, deberán llevar en sus envases, con caracteres destacables y en un lugar visible, la graduación alcohólica correspondiente a su contenido.
- También se consignarán las siguientes leyendas:
 "Beber con moderación".
 "Prohibida su venta a menores de 18 años".



HACIENDO AGENDA

Si bien no existe un día mundial para la prevención del consumo excesivo de alcohol, desde los medios de comunicación se puede trabajar en diversas fechas del año para instalar la problemática en la agenda pública. Por ejemplo, el 21 de septiembre, Día de la Primavera y del Estudiante; el 31 de diciembre, Fin de Año; y fechas relacionadas a festividades locales según cada territorio.



21 de **SEPTIEMBRE**
DÍA DE LA PRIMAVERA
Y DEL ESTUDIANTE

31 de **DICIEMBRE**
FIN DE AÑO

FECHAS
RELACIONADAS A
FESTIVIDADES
LOCALES

EN LA FICCIÓN

Tanto en la ficción, al igual que en el género periodístico, se recomienda:

- ⦿ Evitar el estigma para la persona que se presenta con un problema de consumo.
- ⦿ Si hay ingesta de alcohol, tratar de evitar el consumo en soledad.
- ⦿ En las escenas donde alguien toma alcohol, evitar que sea el referente con el que se identifican los jóvenes.
- ⦿ Evitar la publicidad no tradicional y la promoción de marcas en los programas.
- ⦿ Incorporar diálogos sobre los problemas de salud y psicosociales en personajes que consumen alcohol de manera excesiva (relaciones sexuales sin protección, accidentes, violencia doméstica, disfunción sexual).
- ⦿ Mostrar los lugares a los cuales se puede recurrir para buscar ayuda (hospitales, centros de salud).

Contacto

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación

Av. 9 de Julio 1925 Piso: 10 – C1073ABA
Ciudad Autónoma de Buenos Aires – República Argentina
Tel.: 011 4379 9162
saludmental@msal.gov.ar www.msal.gov.ar/saludmental

La presente guía de **Recomendaciones para el Tratamiento de temas de Salud Mental en los Medios** fue elaborada en forma conjunta por el equipo de Comunicación Social de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Coordinado por la Lic. Andrea Demasi, y el equipo de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación.

Agradecemos la colaboración del Programa Nacional de Prevención y Lucha Frente al Consumo Excesivo de Alcohol.

Bibliografía y fuentes consultadas

Argentina. Ley Nacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad N° 26.378/2008. Boletín Oficial de la República Argentina, N°31.422, P. 1.

Argentina. Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788/1997. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 28.618, P. 2.

Argentina. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 32.041, P. 1.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), Salud mental y medios de comunicación: guía de estilo, 2008.

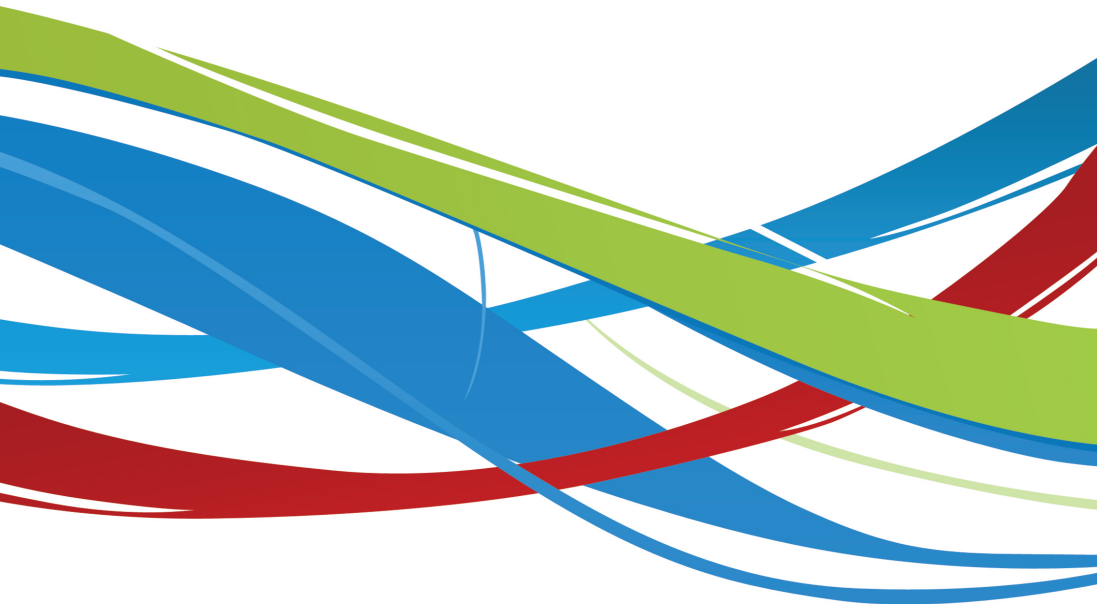
Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación Argentina, Lineamientos para la atención del consumo excesivo de alcohol en adolescentes, Ciudad de Buenos Aires, 2012.

Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación Argentina, Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes, Ciudad de Buenos Aires, 2012.

Ministerio de Salud – Presidencia de la nación Argentina, Televisión y cine saludables, Ciudad de Buenos Aires, 2012.

OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Ginebra, 2001.

OMS, Prevención del suicidio, un instrumento para profesionales de los medios de comunicación, Ginebra, 2000.



► **DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION**

Av. 9 de Julio 1925 - Piso 10
Ciudad de Buenos Aires - C1073ABA - República Argentina
Teléfono: (011) 4379-9162
e-mail: saludmental@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/saludmental